



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTION FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

BARNMORSKANS FÖRHÅLLNINGSSÄTT VID EFTERBÖRDSSKEDET

- en observations- och intervjustudie

Författare: Johanna Lindér

Emma Wilén

Examensarbete:	15 högskolepoäng
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet/Examensarbete i Reproaktiv och Perinatal Hälsa, RPH 100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2016
Handledare:	Elisabeth Jangsten
Examinator:	Marie Berg

Abstract

Titel (svensk):	Barnmorskans förhållningssätt vid efterbördsskedet. En observations- och intervjustudie
Titel (engelsk):	Midwives approach to the third stage of labour. An observation and interview study
Examensarbete:	15 högskolepoäng
Program och/eller kurs:	Barnmorskeprogrammet/Examensarbete i Reproktiv och Perinatal Hälsa, RPH 100
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2016
Handledare:	Elisabeth Jangsten
Examinator:	Marie Berg
Nyckelord:	Barnmorska, efterbördsskede, anknytning, postpartumblödning, stöd, kvalitativ innehållsanalys

Background: The third stage of labour starts immediately after the infant is born and ends with the expulsion of the placenta. During this period the parents meet the infant for the first time. Due to the risk of bleeding the third stage of labour is the most hazardous stage for the birthing woman and can be managed in various ways to reduce the risk. The midwife should have a holistic approach and promote attachment between mother and child. **Aim:** To describe midwives' approach during the period from the birth of the infant until the placenta is expelled. **Method:** A qualitative observational and interview study with five midwives at a maternity ward in western Sweden was performed. The analysis was based on qualitative content analysis. **Results:** Three categories were identified: the midwife creates space for the family, the midwife acts based on medical knowledge and the midwife adapts to the woman and the situation. It was shown that midwives took into account various aspects in order to provide the best possible conditions for mother and child. The midwives promote attachment and create space to enable the parents to experience the life event of having a child. Due to the risk of bleeding during the third stage of labour the midwives were vigilant and prepared to act if necessary. **Conclusion:** The midwife relates to different aspects during the third stage of labour which are woven together thus creating a holistic approach where the midwife identifies the varying needs of the woman and the child during this period. The results of the study can be used to improve the care of the mother and child through increased knowledge of the different aspects of the midwives approach to the third stage of labour.

Keywords: midwife, third stage of labour, attachment, postpartum haemorrhage, support, qualitative content analysis.

Sammanfattning

Bakgrund: Efterbördsskedet definieras som tiden från barnets födelse till dess att moderkakan är framfödd och är den första stunden tillsammans för föräldrarna och det nyfödda barnet. På grund av risken för blödning är efterbördsskedet ett riskfyllt stadie för kvinnan, och handläggningen kan ske på olika sätt för att minska denna risk. Barnmorskan ska främja anknytningen mellan mamma och barn och ha ett holistiskt förhållningssätt. **Syfte:** Att beskriva barnmorskors förhållningssätt under perioden från barnets födelse till dess att moderkakan är framfödd. **Metod:** En kvalitativ observation- och intervjustudie med fem verksamma barnmorskor genomfördes på en förlossningsavdelning i Västsverige. Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera det insamlade materialet. **Resultat:** Tre kategorier identifierades: barnmorskan skapar utrymme för familjen, barnmorskan agerar utifrån medicinsk kunskap och barnmorskan anpassar sig till kvinnan och situationen. Det framkom att barnmorskorna beaktade varierande aspekter för att ge så goda förutsättningar som möjligt för mamma och barn. Barnmorskorna främjade anknytningen och gav utrymme för föräldrarna i den stora händelsen i livet som det innebär att få barn. Som ett resultat av risken för blödning under efterbördsskedet var barnmorskorna observanta och förberedda att agera om så krävdes. **Slutsats:** Barnmorskan förhåller sig till olika aspekter under efterbördsskedet vilka vävs samman och på så vis skapar ett holistiskt förhållningssätt där barnmorskan ser till de varierande behov kvinnan och barnet har under denna period. Studiens resultat kan användas för att förbättra omvårdnaden av mamman och barnet genom ökad kunskap om de olika aspekterna i barnmorskans förhållningssätt under efterbördsskedet.

Nyckelord: Barnmorska, efterbördsskede, anknytning, postpartumblödning, stöd, kvalitativ innehållsanalys

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning.....	1
Bakgrund	1
Barnmorskans handläggning av efterbördsskedet	1
Aktiv handläggning	2
Avvaktande handläggning	2
Blandad handläggning	2
Postpartumblödning.....	3
Bedömning av det nyfödda barnet.....	3
Anknytning mellan mamma och barn under efterbördsskedet	4
Det nyfödda barnets utveckling och behov	4
Hud-mot-hudkontakt efter födelsen	5
Oxytocinets betydelse för efterbördsskedet.....	5
Teoretisk referensram	6
Holistisk människosyn	6
Barnmorskans stöd.....	6
Tidigare forskning av barnmorskans förhållningssätt under efterbördsskedet.....	7
Problemformulering	8
Syfte	9
Metod	9
Förförståelse	10
Urval	10
Datainsamling	11
Dataanalys	13
Etiskt övervägande	14
Resultat.....	15
Barnmorskan skapar utrymme för familjen.....	16
Barnmorskan skapar möjlighet för anknytning.....	17
Barnmorskan undviker att ta plats	18
Barnmorskan är tillgänglig för föräldrarna	19
Barnmorskan agerar utifrån medicinsk kunskap	19
Barnmorskan är observant och har ett riskmedvetet tänkande	19
Barnmorskan är förberedd för eventuella komplikationer.....	21
Barnmorskan handlägger placentas framfödande	21

Barnmorskan anpassar sig till kvinnan och situationen.....	23
Barnmorskan är följsam till situationen	23
Barnmorskan motverkar stress och oro.....	23
Diskussion	24
Metoddiskussion.....	24
Resultatdiskussion	27
Barnmorskan skapar utrymme för familjen	27
Barnmorskan agerar utifrån medicinsk kunskap.....	28
Barnmorskan anpassar sig efter kvinnan och situationen	30
Slutsats	31
Referenslista	32
Bilagor	39
Bilaga 1. Till Vårdenhetschefen	
Bilaga 2. Inbjudan till deltagande	
Bilaga 3. Informationsguide	
Bilaga 4. Intervjuguide	
Bilaga 5. Observationsprotokoll	

Inledning

Barnmorskan ska under efterbördsskedet skapa goda förutsättningar för anknytning och möjlighet för föräldrarna att glädjas åt det nyfödda barnet samtidigt som hon är ansvarig för kvinnans hälsa och ska förhindra komplikationer. För kvinnan är efterbördsskedet förlossningens mest riskfyllda stadie på grund av risken för blödning. För barnmorskan är dessa aspekter är viktiga att ta hänsyn till. Som studenter på barnmorskeprogrammet upplevde vi under vår verksamhetsförlagda utbildning att det var en utmaning att handlägga efterbördsskedet då det sågs som en balansgång mellan att främja anknytning och samtidigt vara medveten om risken för komplikationer. Hur barnmorskor förhåller sig till efterbördsskedet och agerar under denna period varierar varför det upplevdes vara en utmaning att veta hur efterbördsskedet ska handläggas på bästa sätt. Vi anser därför att det är ett viktigt ämne att belysa då lite forskning finns kring hur barnmorskan förhåller sig till och resonerar kring efterbördsskedet.

Bakgrund

Barnmorskans handläggning av efterbördsskedet

Efterbördsskedet, även kallat förlossningens tredje stadium (1), definieras som stadiet från det att barnet är fött till dess att moderkakan (placenta) med fosterhinnor har fötts fram. Det vanligaste är att det tar 10-15 minuter innan tecken på att placenta lossnat ses (1-3). Lösningssblödning och att livmodern (uterus) toppar sig kan vara sådana tecken (1-4). Vanligen upplever kvinnan att hon börjar få värkar igen. Senast en timme efter att barnet är fött bör placenta ha avgått. Placenta med fosterhinnor kontrolleras av barnmorskan för att

bedöma att de är fullständiga så att inga rester från placenta finns kvar i uterus vilket kan förhindra uterus att dra sig samman. Uterussammandragande läkemedel (uterotonika) ges rutinmässigt på svenska förlossningskliniker (1-3) eftersom studier visat att blödningsmängden kan minska (5). Barnmorskans handläggning av efterbördsskedet har som syfte att minska risken för postpartumblödning och kan ske på olika sätt. Handläggningen kan vara aktiv eller avvaktande men även en blandning mellan dessa två kan förekomma (6). Studier har visat varierande resultat avseende vilken handläggning som är mest fördelaktig för att minska risk för postpartumblödning (6-8).

Aktiv handläggning

Aktiv handläggning består av tre olika åtgärder. Barnmorskan ger uterotonika precis innan, i samband med eller precis efter att barnet fötts. Navelsträngen klampas och klipps, innan pulsationen upphört. Slutligen utför barnmorskan kontrollerad dragning i navelsträngen samtidigt som stöd ges genom att med en hand pressa ner nedre delen av livmodern, isthmus (6, 9).

Avvaktande handläggning

Avvaktande handläggning innebär att barnmorskan avvaktar att agera till tecken ses på att placenta släppt från uterus så som lösningsblödning, att navelsträngen förlängs samt att uterus form och läge förändras (4, 10). Navelsträngen varken klampas eller klipps förrän pulsationen upphört eller placenta fötts fram. Placenta föds fram spontant eller genom hjälp av tyngdkraften, att kvinnan uppmanas krysta, stimulering av bröstvårtor samt att barnet börjar suga (4, 6). Vidare har avvaktande handläggning beskrivits innefatta att barnmorskan ser till att miljön runt kvinnan är lugn, säker och varm samt att vara lyhörd för kvinnans beteende och känslor (4).

Blandad handläggning

Ofta innebär barnmorskans handläggning av efterbördsskedet en blandning mellan aktiv och avvaktande handläggning och benämns då blandad handläggning. Barnmorskan ger då exempelvis uterotonika men klampar navelsträngen först när pulsationen upphört och utför

därefter kontrollerad dragning i navelsträngen (6). Intresse för blandad handläggning har visats då forskning av sen avnavling, mer än två till tre minuter efter att barnet är fött, har visats underlätta barnets cirkulatoriska omställning samt minskar risken för anemi hos barnet (11, 12).

Postpartumblödning

Postpartumblödning är den blödning som uppkommer i samband med förlossning och upp till tolv veckor postpartum (9). Postpartumblödning delas in i primär och sekundär blödning. Primär postpartumblödning definieras som den totala blödningsmängden 24 timmar efter förlossningen och sekundär postpartumblödning definieras som ökad blödning efter 24 timmar och upp till 12 veckor postpartum (9, 13). WHO definierar postpartumblödning som en blodförlust över 500 ml eller mer inom 24 timmar efter förlossning och allvarlig postpartumblödning definieras som en blodförlust på 1000 ml eller mer inom samma tidsram (12). Internationellt räknas en blödning över 500 ml som en allvarlig blödning (14), i Sverige är gränsen över 1000 ml (9, 14). Stora postpartumblödningar är ett globalt problem och den största orsaken till maternell död (9, 12, 14). Uterotonika har visat sig minska risken för att drabbas av postpartumblödning som överstiger 500 ml (5). Stora blödningar kan uppkomma snabbt och det är av stor vikt att varje förlossningsavdelning har en handlingsplan. De vanligaste orsakerna för en frisk kvinna att drabbas av riklig blödning är atoni, kvarvarande placentavävnad i uterus samt bristningar i perineum, vagina och/eller cervix (14).

Bedömning av det nyfödda barnet

Apgar-score har använts sedan 50-talet och har fortsatt visat sig vara den mest lämpade metoden vid bedömning av det nyfödda barnets hälsotillstånd och prognos då den sammanlagda poängen utifrån bedömningen vid fem minuters ålder visat en signifikant prediktion av den neonatala döden (15). När barnet är fött gör barnmorskan en yttre bedömning av barnet där hon kontrollerar att inga större missbildningar eller skador finns.

Vid en, fem och tio minuters ålder bedöms barnets tillstånd och anpassning till det extrauterina livet. Apgar-score är en objektiv bedömning som görs med avseende på hjärtfrekvens, hudfärg, tonus, andning och retbarhet. Förutom apgar-score vid bedömning observerar den förlösande barnmorskan barnet intermittent med avseende på barnets vakenhet, andning, sugbeteende och hudfärg (16).

Anknytning mellan mamma och barn under efterbördsskedet

Det nyfödda barnets utveckling och behov

Det är en stor omställning för både barn och föräldrar den första tiden efter födelsen (3). Ett nyfött barns utveckling under de första timmarna kan beskrivas i nio stadier (17). I en svensk studie filmades nyfödda barn med avseende på deras beteende efter födelsen. Studien visade att tiden för de nio olika stadierna varierade, där stadie fem inträffade mellan 13 till 26.5 minuter efter födelsen (18). Ofta framföds placenta inom 10 till 15 minuter men expektans tillåts upp till en timma så vida mamman inte blöder (1). Stadium ett, födelseskriket, det intensiva skriket strax efter födelsen. När skriket lagt sig övergår barnet till stadium två, relaxationsstadiet som är en kort stund i ett avslappnat tillstånd, vanligtvis med slutna ögon och kroppen helt stilla. När barnet sedan börjar klippa med ögonen och försiktigt börjar göra små rörelser har barnet kommit in i stadium tre, uppvakningsstadiet. Sedan övergår barnet till att utveckla sina rörelser mer tydligt och bestämt i stadium fyra, aktivitetsstadiet (17-19). Stadium fem beskrivs vara ett stadie där det nyfödda barnet vilar sig (17).

Nyfödda barn har enligt Bowlby flera fysiologiska behov som måste tillgodoses, speciellt behoven av mat och värme. Därför har alla barn utrustats med medfödda beteendesystem som syftar till att ge dem den omvårdnad de behöver. Genom att mamman ger värme och mat tillgodoser hon barnets fysiologiska behov och barnet lär sig att här få sin mat och värme och på så sätt sina behov tillfredsställda. Det är därför medfött att nyfödda barn söker sig till bröstet, det nyfödda barnet lär sig att bröstet tillhör mamma. Det är även medfött att nyfödda barn vill vara nära en människa för att tillgodose sina behov (20).

Hud-mot-hudkontakt efter födelsen

Att tidig hud-mot-hudkontakt var positivt för anknytningen visade en svensk fall-kontrollstudie som genomfördes på 1980-talet då mammorna i fallgruppen pratade mer med barnen och interaktionen dem emellan var bättre jämfört med kontrollgruppen (21). En Cochrane review samt en sydafrikansk kvantitativ studie har visat att hud-mot-hudkontakt de första 24 timmarna ökar samspelet, interaktionen och lyhördheten mellan mamma och barn (22,23) och ger ett lugnare barn som gråter mindre (23). Oavbruten hud-mot-hudkontakt har även visat medföra bättre samspel mellan mamma och barn vid ett års ålder, och barnet får en säker och lugn anknytning till föräldern (17). En oavbruten hud-mot-hudkontakt är grunden för att barnet ska kunna använda sina sinnen och genomgå sitt biologiska program för att komma till mammans bröst (18). Oxytocin anses påverka den känslomässiga bindningen, och under första timmen efter förlossning ses höga nivåer hos mamman. Detta skulle kunna vara orsaken till hur viktigt tidig hud-mot-hud-kontakt är för mamman för att knyta an och att registrera barnets signaler. Viktigt är dock att poängtera att oavbruten hud-mot-hud kontakt inte är en absolut förutsättning för mor och barns känslomässiga bindning till varandra (12).

Oxytocinets betydelse för efterbördsskedet

Oxytocin är ett hormon som syntetiseras i hypotalamus och sedan lagras och utsöndras från hypofysen (24). Det kroppsegna oxytocinet sänker blodtrycket, har en viktig roll vid anknytningen, minskar stress och rädsla, höjer smärtröskeln (25,26), ökar det parasympatiska systemet samt stimulerar uterus att kontrahera (26). Oxytocin ges därför som injektion i anslutning till partus för att uterus ska kontrahera vilket anses minska risken för blödning (6). Oxytocininsöndring stimuleras av att vara i en trygg miljö, med personer man bryr sig om, värme och kärleksfull beröring (25). Under förlossningen ökar insöndringen av kroppseget oxytocin och genom kontakt med barnet omedelbart efter förlossningen stimuleras mammans kroppsegna oxytocinproduktion (19,26). När barnet suger och försöker lokalisera bröstet masserar det nyfödda barnet mammans bröst med sina händer, och genom detta stiger mammans nivåer av oxytocin (27). Oxytocin frisätts även vid hud-mot-hudkontakt, och

frisättningen som stimuleras av hud-mot-hud mellan mamma och nyfött barn är mer långvarig än den kortvariga frisättningen av oxytocin under förlossningen.

Förlossning innebär en påfrestning för barnet och höga stressnivåer är viktigt för barnet under förlossningen samt postnatalet för den fysiologiska adaptationen. Stressnivåerna bör dock sänkas så snart som möjligt efter förlossningen och genom hud-mot-hudkontakt ökar barnets oxytocinnivåer vilket medverkar till sänkta stressnivåer (26).

Teoretisk referensram

Holistisk människosyn

I kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska (28) beskrivs att barnmorskan ska ha en humanistisk människosyn, visa respekt och omsorg för patienten, bejaka önskemål hos patienten samt visa respekt och öppenhet för olika trosuppfattningar och värderingar. Vidare ska ett holistiskt och etiskt förhållningssätt vara grundläggande aspekter i barnmorskans arbete (28). Genom att låta helhetsynen på människan vara vägledande skapas förutsättningar för god omvårdnad (29) och människan bör enligt Merleau-Ponty (30) ses som en komplex enhet av kropp, själ och ande. Människan är sin kropp och kroppen existerar i relation till omgivningen. Endast genom helhetssyn på människan som en komplex enhet kan en uppfattning av hela människan skapas (30). International Confederation of Midwives (ICM) (31) har utarbetat en etisk kod för att förbättra vården av kvinnan, det nyfödda barnet och familjen. Enligt ICMs etiska kod för barnmorskor ska barnmorskan vara lyhörd för kvinnans varierande behov såsom fysiska, psykiska, emotionella och andliga behov (31). Omvårdnaden av kvinnan och det nyfödda barnet ska skapa de bästa förutsättningarna för biologiska, psykologiska, sociala och kulturella processer och ska stärka kvinnans egen förmåga (32).

Barnmorskans stöd

Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska ska barnmorskan under förlossningen ge stöd och trygghet till den födande kvinnan (28). I en cochrane review

framkom att stöd under förlossning har visat sig medföra positiva effekter både avseende medicinska och mentala aspekter såsom ökad andel spontana vaginala förlossningar, minskad frekvens kejsarsnitt, minskat obehag samt minskad förekomst av lågt apgar-score för barn vid fem minuters ålder (33). I samband med förlossning har de flesta kvinnor stort behov av både verbalt och kroppsligt stöd. Barnmorskans sätt att kommunicera med sin röst och genom sitt kroppsspråk kan verka både lugnande och oroande beroende på om barnmorskan exempelvis är lugn och har ett lugnt ansiktsuttryck eller om hen ser orolig ut och talar med gäll röst (34). Vidare beskrivs i en svensk observationsstudie att stödet barnmorskan ger den födande kvinnan påverkas beroende på om hen huvudsakligen fokuserar på effektivitet och information eller om barnmorskan fokuserar på att stödja kvinnan och att ge stöd tydligt ingår i barnmorskans roll. I de fall barnmorskan huvudsakligen fokuserat på effektivitet såsom åtgärder och riskhantering framför att stödja kvinnan ökade risken för att kvinnan och partnern inte fick det stöd de var i behov av (35).

Tidigare forskning av barnmorskans förhållningssätt under efterbördsskedet

I en kvalitativ intervju studie av Begley et.al var syftet att undersöka irländska och nya zeeländska barnmorskors användning av avvaktande handläggning och vilka färdigheter de använde sig av. Barnmorskorna beskrev en tilltro till det naturliga förloppet och att deras roll under efterbördsskedet var att vara vaksamma och uppmärksamt avvaktande. En del av de aspekter som upplevdes som viktiga för att skapa goda förutsättningar för att undvika komplikationer under efterbördsskedet ansågs vara att skapa en lugn och trygg miljö för att främja efterbördsskedets fysiologi. Barnmorskorna beskrev vidare efterbördsskedet som en tid då föräldrarna och barnet skulle bekanta sig med varandra och anknytningen utvecklas och betydelsen av hud-mot-hud poängterades. Barnmorskorna ansåg att det var viktigt att vara lyhörd och observant på kvinnan för att kunna identifiera tecken på att placenta lossnat från uterus. Barnmorskorna uttryckte vidare att observera blödningsmängden och veta när den var normal var en viktig komponent vid avvaktande handläggning. Den födande kvinnans anamnes, graviditet och önskningar var faktorer som påverkade om barnmorskorna använde sig av aktiv eller avvaktande handläggning (4).

I en svensk kvalitativ studie där fokusgruppsdiskussioner med barnmorskor genomförts var syftet att undersöka barnmorskors erfarenhet av att handlägga efterbördsskedet.

Barnmorskorna uttryckte vikten av att vara förberedd på att både förebygga och behandla stora blödningar samt att ha en medvetenhet om de risker som finns under efterbördsskedet. Majoriteten av barnmorskorna följde de rekommendationer som fanns om att ge uterotonika. Att vara uppmärksam på tecken på att placenta lossnat samt att vara lyhörd för kvinnans upplevelse av att behöva krysta beskrevs vara mycket viktigt. Att föda barn ansågs vara naturligt och en normal process och barnmorskorna uttryckte vikten av att ha tilltro till det naturliga förloppet och skapa förutsättningar för att bevara det normala och undvika onödiga medicinska interventioner. Vikten av att mamman skulle få en möjlighet att njuta av den första stunden tillsammans med barnet betonades av barnmorskorna och barnet placerades därför hud-mot-hud med mamma efter partus (10).

Problemformulering

Perioden från barnets födelse till dess att moderkakan är framfödd är föräldrarna och barnets första möte med varandra. Samtidigt är efterbördsskedet förlossningens mest riskfyllda stadie för kvinnan på grund av risken för blödning. Att främja föräldrarna och barnets första tid tillsammans är viktigt för interaktionen och den känslomässiga bindningen mellan mamma och barn. Första tiden efter födelsen innebär också en stor omställning för både föräldrar och barn. Föräldrarna bör få en möjlighet att njuta av den första stunden med barnet. För barnmorskan skapar detta en balansgång med att bevara det naturliga och främja anknytning och samtidigt vara medveten om risker och beredd att agera vid tecken på komplikationer. Forskning finns angående hur efterbördsskedet bör handläggas av barnmorskan för att förbygga risken för blödning. Hur barnmorskan ska förhålla sig till helheten i perioden från barnets födelse till dess att moderkakan är framfödd är dock bristfälligt beskrivet. Därför är området av intresse att studera.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva barnmorskors förhållningssätt under perioden från barnets födelse till dess att moderkakan är framfödd.

Metod

Kvalitativ design utgår från ett holistiskt förhållningssätt då det är människors levda erfarenheter som ska studeras (36). Kvalitativ metod är lämplig när förståelse av ett fenomen ska skapas (36) och där materialet för analysen består av samtal eller observationer (37). Genom analys av insamlat material från observationer och efterföljande intervjuer med öppna frågor identifieras kategorier och dimensioner då förståelse skapats för det som studeras. Syftet är att få en djupare förståelse och kunna se olika dimensioner och mönster i det som studeras (38). Syftet med studien var att beskriva barnmorskors förhållningssätt, varför en kvalitativ metod ansågs vara lämplig.

Deltagande observation kan vara en bra strategi för att samla in data för att öka förståelsen av ett fenomen eller en miljö innan en intervju genomförs (37). Ett stort spektrum finns vad gäller graden av deltagande vid deltagande observationer. Från att forskaren lever tillsammans med deltagarna till att enbart delta i det sammanhang som studeras (38). Fältanteckningar förs och ofta genomförs en formell intervju som komplement till observationen (37). Genom intervju ges möjlighet att nå kunskap och erfarenheter som härstammar ur deltagarens livsvärld (37). En eller flera öppna frågor används vid kvalitativ intervju och genom att använda en intervjuguide med öppna frågor får forskaren ett stöd under intervjun. En

intervjuguide ger vidare möjlighet att fånga in det väsentliga i den tidsram som finns (39). Provintervju kan genomföras och användas i analysen, då även detta insamlade material är värdefullt och kan bidra till studiens resultat och svara på studiens syfte (40). Deltagande observationer utfördes med en kompletterande individuell intervju med barnmorskan som handlagt förlossningen som observerats.

Förförståelse

I kvalitativ forskning är forskaren själv instrumentet och det är därför av stor vikt att vara medveten om olika faktorer som kan påverka datainsamlingen, analysen och tolkningen (38). Förförståelse innebär forskarens egen bild av det som studerats och inkluderar teoretisk kunskap och tidigare erfarenheter samt förutfattade meningar. Studiens trovärdighet påverkas både av resultatets sanningshalt och på vilket sätt forskarens förförståelse har präglat analysen (41). Som studenter på barnmorskeprogrammet fanns en förförståelse för efterbördsskedet då kunskap och erfarenheter inhämtats under utbildningen i form av både teori och praktik. Kunskap fanns både vad gäller barnmorskans praktiska handläggning av efterbördsskedet och om riskerna under efterbördsskedet för både mamma och barn.

Urval

Urval vid en observationsstudie är ofta strategiskt, vilket innebär att plats och deltagare väljs utifrån att forskaren har reflekterat över vilka personer som kan ge så god information som möjligt (42). En förlossningsavdelning valdes eftersom syftet var beskriva barnmorskors förhållningssätt under perioden från barnets födelse till dess att moderkakan är framfödd.

Inklusionskriterie för deltagande i studien var att vara verksam barnmorska inom förlossningsvård. Exklusionskriterie var att mamma och barn på grund av tillståndet efter

födelsen separerades från varandra eftersom fenomen så som anknytning i samband med efterbördsskedet i dessa fall inte kunde studeras.

Datainsamling

Kontakt togs via mail med vårdenhetschef på en förlossningsavdelning i Västsverige (se Bilaga 1) för godkännande av studiens genomförande. Vårdenhetschefen informerade barnmorskorna på avdelningen om studien och dess genomförande (Bilaga 2). Kliniken besöktes därefter för att ge ytterligare information och beslut fattades om när observationer och intervjuer skulle äga rum. Sammanlagt spenderades fyra dagar på förlossningsavdelningen under november månad.

En provobservation och provintervju genomfördes, transkriberades och ändringar gjordes i observationsprotokoll och intervjuguide innan fortsatt insamling påbörjades.

Barnmorskor som hade en kvinna i aktiv förlossning tillfrågades om deltagande i studien och gavs information samt fick skriva på samtyckesblankett (Bilaga 2). Sammanlagt tillfrågades sex barnmorskor och alla accepterade att delta i studien. Barnmorskorna informerade sedan paret, och om de accepterade att frivilligt delta i studien fick föräldrarna information om studien samt skriva på samtyckesblankett (Bilaga 3). Efter given information till paret lämnade observatören förlossningsrummet och tillkallades i slutet av utdrivningsskedet. Observationerna påbörjades en stund före barnets födelse och pågick till placenta framfötts. Observationerna varade mellan 15 och 35 minuter och enbart en observatör närvarade vid varje observation. Båda observatörerna utförde tre observationer var. En av dessa observationer exkluderades då komplikationer tillstötte och barnets behövdes tas omhand av barnpersonal och viktiga aspekter i barnmorskans förhållningssätt under efterbördsskedet inte kunde studeras. Resterande fem observationer inkluderades i studien. Under observationerna fördes noggranna anteckningar fortlöpande och ett observationsprotokoll användes som stöd (Bilaga 5) där de områden som ansågs värdefulla för studiens syfte fanns nedskrivna. Utöver

användningen av ett observationensprotokoll var observationerna ostrukturerade. Det som observerades var verbal och icke-verbal kommunikation samt barnmorskans tonläge och röststyrka. Vidare observerades de åtgärder barnmorskan vidtog för placentas framfödande och omhändertagande av barnet. Dessutom observerades var barnmorskan befann sig i rummet i förhållande till paret samt stämningen i rummet. Utöver detta antecknades tidpunkter för bland annat partus, injektion av oxytocin och placentas framfödande.

Observationsanteckningarna transkriberades i anslutning till observationen av den observatör som utfört observationen.

Fem kompletterande individuella intervjuer genomfördes med respektive barnmorska som handlagt förlossningen och efterbördsskedet som observerats. Innan intervjuerna påbörjades lästes observationsanteckningarna igenom och markeringar gjordes vid anteckningar som ansågs svara mot studiens syfte. Samtliga intervjuer började med att barnmorskan fick ytterligare information om studien samt att de när som helst fick avbryta intervjun utan att behöva ange orsak. Intervjuerna inleddes med en öppen fråga: "Kan du berätta för mig hur du förhåller dig till perioden från barnets födelse till dess att moderkakan är framfödd?".

Observationsanteckningarna och en intervjuguide (Bilaga 4) med de områden som ansågs vara lämpliga utifrån studiens syfte användes som stöd. Utifrån barnmorskans svar ställdes följdfrågor för att få en djupare förståelse och för att barnmorskorna skulle förtydliga eller förklara sitt uttalande. Fyra av intervjuerna genomfördes i anslutning till observationen i ett enskilt rum på sjukhuset. En intervju gjordes på barnmorskans önskan några dagar senare på ett bibliotek. Intervjuer genomfördes gemensamt men den som genomfört observationen ledde intervjun. Intervjuerna varade mellan 16 och 23 minuter och spelades in. Efter intervjuerna transkriberades materialet. Allt insamlat material behandlades konfidentiellt och avidentifierades genom att tilldela varje deltagare ett slumpmässigt nummer. Efter avslutad studie kommer det insamlade materialet raderas.

De deltagande barnmorskornas bakgrundsfaktorer redovisas nedan i tabell 1.

Tabell 1. Deltagande barnmorskornas bakgrundsfaktorer

Deltagare	Kön	Ålder	Antal år som färdig barnmorska	Antal år på förlossningsavdelning
1	Kvinna	48	12	12
2	Kvinna	42	12	12
3	Kvinna	42	5	5
4	Kvinna	60	36	36
5	Kvinna	37	5	5

Dataanalys

Det transkriberade materialet från observationer och intervjuer där även provobservation och provintervjun ingick analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Graneheim (43). Kvalitativ innehållsanalys valdes då den är betydelsefull vid analys av observationer och intervjuer (44) och innebär enligt Lundman och Hällgren Graneheim att identifiera skillnader och likheter i en text och utifrån texten beskrivs sedan olika kategorier och teman. De ord, meningar eller stycken som hör ihop genom sitt innehåll kallas meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kondenseras ner till en kortare text där innehållsets essens bevaras samtidigt som texten blir mer lätthanterlig. Utifrån de kondenserade meningarna sätts en kod. Flera koder som har liknande innehåll utgör sedan en kategori (43).

Det insamlade materialet från observationer och intervjuer lästes igenom ett flertal gånger för att få en helhetsbild och analyserades som en helhet då varje observation var sammankopplad med den kompletterande intervjun. En reflektion gjordes över det huvudsakliga innehållet. Meningsbärande enheter som motsvarade studiens syfte identifierades. De meningsbärande enheterna kondenserades därefter och tilldelades en kod. De koder som framkommit från både

observationer och intervjuer som hade likartad innebörd skapade tillsammans underkategorier som sedan sammanfördes och skapade tre kategorier. I tabell 2 nedan visas exempel på analysprocessen för det insamlade materialet

Tabell 2. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Barnmorskan torkar av barnet, visar upp det för föräldrarna och lägger sedan barnet hud-mot-hud på mammans bröst	Barnmorskan torkar av barnet, visar upp det och lägger det sedan hud-mot-hud	Hud-mot-hud	Barnmorskan skapar möjlighet för anknytning	Barnmorskan skapar utrymme för familjen
Jag gör det mest för att ja mamma och barnet ska få lov att bekanta sig med varandra så jag lägger den vid mammans bröst	Mamma och barnet ska få bekanta sig med varandra, lägger det vid mamans bröst	Bekanta sig med varandra	Barnmorskan skapar möjlighet för anknytning	Barnmorskan skapar utrymme för familjen

Etiskt övervägande

Essensen med etikprövning är att värna om människors autonomi, integritet och lika värde (45). Helsingforsdeklarationen som utarbetats och uppdateras kontinuerligt har som huvudsakliga uppgift att väga forskningsdeltagares hälsa och intresse mot vikten av ny kunskap (46). Etikprövning behövs inte enligt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (47) för studier på avancerad nivå som utförs inom ramen för högskoleutbildning.

I föreliggande studien har de etiska riktlinjerna följts då deltagarna informerats om studiens syfte, att deltagandet i studien är frivilligt samt att de närsomhelst kan avbryta deltagandet utan vidare förklaring. Samtycke undertecknades av deltagarna och de informerades om att allt material behandlas konfidentiellt.

Analys gjordes av studiens risker och dess nytta. Barnmorskorna kunde vid observationerna uppleva att de blev iakttagna vilket kan ha skapat en känsla av obehag. Även paret kunde uppleva sig observerade trots att fokus inte var på dem. Innan observationerna utfördes fick föräldrarna tydlig information att det enbart var barnmorskans förhållningssätt som observerades. Vid intervjun kan barnmorskorna upplevt det som obehagligt att samtalet spelades in med hjälp av diktafon vilket kan ha orsakat en känsla av utsatthet. Intervjun genomfördes med båda observatörerna närvarande vilket kan ha skapat en känsla av maktobalans. Då barnmorskan är legitimerad och verksam medan observatörerna är studenter borde risken för maktobalans minska.

Nyttan med studien anses vara att ökad kunskap skapas inom området som studeras vilket kan förbättra omvårdnaden av den födande kvinnan. Nyttan anses därmed överväga riskerna i denna studie.

Resultat

Vid analys av det insamlade materialet från observationer och intervjuer framkom att barnmorskorna förhöll sig till flera olika aspekter under perioden från barnets födelse till dess att moderkakan var framfödd. Åtta underkategorier identifierades och bildade tre kategorier, dessa presenteras i tabell 4. De olika aspekterna beskrivs separat nedan i respektive kategori och underkategori.

Tabell 3 Översikt av studiens resultat

Underkategorier	Kategorier
Barnmorskan skapar möjlighet för anknytning	Barnmorskan skapar utrymme för familjen
Barnmorskan undviker att ta plats	
Barnmorskan är tillgänglig för föräldrarna	
Barnmorskan är observant och har ett riskmedvetet tänkande	Barnmorskan agerar utifrån medicinsk kunskap
Barnmorskan är förberedd för eventuella komplikationer	
Barnmorskan handlägger placentas framfödande	
Barnmorskan är följsam till situationen	Barnmorskan anpassar sig till kvinnan och situationen
Barnmorskan motverkar stress och oro	

Barnmorskan skapar utrymme för familjen

Barnmorskorna ansåg att barnet och föräldrarna skulle få en stund för sig själva efter barnets födelse. Den första tiden var viktig för att främja anknytningen och föräldrarna skulle få upptäcka och glädjas åt det nyfödda barnet. Barnmorskan skapade dessa möjligheter genom att ta ett steg tillbaka och ge utrymme för familjen. Barnmorskan var dock tillgänglig för föräldrarna om de var i behov av att få kontakt med henne.

Barnmorskan skapar möjlighet för anknytning

Barnmorskorna ansåg att mamma och barn skulle få påbörja sin relation under denna period av förlossningen, under förutsättning att de mår bra. Samtliga barnmorskor torkade av barnet efter födelsen och placerade sedan barnet hud-mot-hud med mamman. Barnmorskorna beskrev att det var viktigt med hud-mot-hudkontakt mellan mamma och barn för att främja anknytningen. Barnmorskorna uttryckte även att det var viktigt med hud-mot-hud för att barnet skulle få möjlighet att i egen takt kunna genomföra de nio utvecklingsstegen. Hud-mot-hud ansågs dessutom vara bra för barnet, både mentalt då barnet blev lugnt och tryggt, och fysiskt då cirkulationen och andningen underlättades. Barnets känsla av trygghet genom hud-mot-hudkontakt förklarades med att barnet i nio månader hört mammans röst och hjärtljud och därför borde få möjlighet att ligga hud-mot-hud med mamman för att åter kunna höra dessa välbekanta ljud.

Barnmorskan torkar av barnet, visar upp det för föräldrarna och lägger sedan barnet hud-mot-hud på mammans bröst. (Observation 5)

Jag gör det ju mest för att ja mamma och barnet ska få lov att bekanta sig med varandra så jag lägger den vid mammans bröst (Intervju 5)

Det ansågs betydelsefullt för föräldrarna att få se och känna på barnet vilket barnmorskorna möjliggjorde genom att först visa upp barnet innan de därefter lade barnet på mammans bröst. Möjlighet skulle skapas för att kontakten och relationen mellan föräldrar och barn skulle påbörjas och de skulle få börja bekanta sig med varandra utan att barnmorskan störde dem i denna process. Barnmorskorna poängterade att det bara handlade om några minuter som föräldrarna och barnet skulle få tillsammans. Barnmorskorna ansåg vidare att de skapade möjlighet till anknytning genom att låta mamma och barn vara en stund innan barnmorskan fortsatte sitt arbete med efterbördsskedet.

Alltså det, det är ju väldigt viktigt att... att de får se, att de får se, och att de får känna på barnet och så lägga upp det på magen det, det gör man ju alltid. (Intervju 4)

Barnmorskan undviker att ta plats

Att ha fått sitt barn var enligt barnmorskorna en unik och stor händelse i livet som fodrade hänsyn och respekt från barnmorskan. De ansåg att föräldrarna skulle få andas ut och ta in det som har hänt utan att barnmorskan skulle störa dem i denna stora händelse genom att undvika att själv ta plats. Föräldrarna ansågs vara berättigade till att få möjlighet att uppleva och uttrycka sina känslor sinsemellan.

Föräldrarna pratar med varandra men personalen i rummet är tysta. (Observation 3)

Därför att det är viktigt (skrattar). Jag tycker det är alldeles för mycket som händer och dom måste få landa dom måste få känna, dom måste få uttrycka sina känslor, dom ska inte hela tiden förhålla sig till personal. (Intervju 3)

För att ge föräldrarna så goda förutsättningar som möjligt för att kunna fokusera på barnet och börja sitt föräldraskap i lugn och ro tog barnmorskorna ett steg tillbaka så att föräldrarna och det nyfödda barnet fick ta plats.

Efter att barnmorskan har lagt barnet hos mamman, ställer hon sig en bit ifrån. (Observation 2)

Mm, nej men det är såhär man har haft en jobbig förlossning så där och så kommer bebisen ut och då, det blir ju liksom som att all smärta försvinner och då ska hon ju fokusera på den nya människan som kommer ut. (Intervju 2)

Barnmorskorna poängterade att det var föräldrarnas stora stund i livet inte barnmorskans och att hon därför genom att vara tyst och göra så lite som möjligt med patienten skapade utrymme för dem att kunna ta in den stora livshändelsen. Barnmorskan ville inte inkräkta på denna första stund tillsammans för föräldrarna och barnet. Föräldrarna, framför allt kvinnan ansågs ha kämpat och skulle få möjlighet att andas ut och ta in det stora som hänt innan barnmorskan fortsatte med vidare åtgärder.

Så snart barnet är ute, då har dom fått sitt barn. Då, då är det för föräldrarna lite klart, då ska man bara kunna vända, för det är, som jag sa förut, det är inte jag som har fött, det är

inte jag som ska glänsa här. Det är föräldrarna som faktiskt har tagit sig igenom det här, och då ska man kunna backa och bara vara tyst, det är inte farligt att vara tyst. (Intervju 5)

Barnmorskan är tillgänglig för föräldrarna

Barnmorskorna uttryckte att de hela tiden ville vara tillgängliga för föräldrarna om de var i behov av stöd exempelvis vid oro för barnet. Barnmorskorna reagerade omedelbart och besvarade föräldrarna när de uttryckte oro eller funderingar. Barnmorskorna beskrev att de genom att göra något annat så att föräldrarna inte upplevde att de stod och stirrade var de närvarande men på avstånd.

Barnmorskan byter handskar och förkläde och flyttar på sakerna som ligger på förlossningsbordet. (Observation 5)

Så det är väl det jag står och försöker vara tillgänglig men inte rätt upp i ansiktet på dem. (Intervju 5)

Barnmorskan agerar utifrån medicinsk kunskap

Efterbördsskedet ansågs vara ett riskfyllt stadie under förlossningen varför det var viktigt att vara förberedd för eventuella komplikationer och medveten om riskerna. Barnmorskorna agerade på varierande sätt under efterbördsskedet för att få ut placenta.

Barnmorskan är observant och har ett riskmedvetet tänkande

Samtliga barnmorskor betonade vikten av att observera blödning, då blödning sågs som en av de största riskerna för kvinnan under efterbördsskedet. Blödning beskrevs vara oförutsägbart och stor blödning kunde uppstå snabbt. Samtliga barnmorskor poängterade att de ville undvika stora blödningar.

Barnmorskornas strategi för att ha kontroll på blödning var att ha god uppsikt över kvinnans underliv för att tidigt kunna upptäcka och göra en bedömning av mängden. Samtliga barnmorskor beskrev att de hela tiden befann sig så nära kvinnan att de oavbrutet hade god uppsikt över underlivet och eventuell blödning. En annan åtgärd för att få en adekvat uppskattning av blödningsmängden observerades var att byta underlägg under kvinnan efter barnets födelse. En av barnmorskorna jämförde sättet att observera blödning med att titta i backspeglarna vid bilkörning.

Barnmorskan tittar växlande på kvinnans underliv och på bebisen. (Observation 5)

Ja inte så att jag står o stirrar riktigt men jag har jobbat in nån form av hela tiden titta det, det är lite som när man kör bil, man tittar i backspeglarna. Att man tittar o så kör man o så tittar man i backspeglarna o så kör man fram, även om man kör fram, det blir någon form av rutin. (Intervju 5)

Några av barnmorskorna uttryckte det som att kvinnorna valt att föda på sjukhus för att kunna få hjälp om komplikationer uppstod och då var det barnmorskans skyldighet att vara medveten om risker och att ha kunskap och vara beredd på att agera. Egna erfarenheter beskrevs av samtliga barnmorskor av att blödning snabbt och oförutsägbart kunde uppstå och att respekten för blödning ökade med antal verksamma år som barnmorska.

Det är nog att det är lite oförutsägbart att det är inte alltid man kan ha koll och ibland kan det hända en lösningsblödning kan va lite större än vad en lösningsblödning ska va och det går ju, det är som en kran, det går snabbt när det väl börjar. (Intervju 3)

Vid riskfaktorer var medvetenheten om risk för blödning förhöjd och barnmorskorna beskrev sig vara mer observanta. Barnmorskorna uttryckte riskfaktorer både utifrån redan existerande faktorer som exempelvis högt BMI eller riskfaktorer som uppstått under förlossningen så som långdraget förlopp. Riskmedvetenheten innefattade även barnet och barnmorskorna hade växelvis kontroll på kvinnan och barnet. Vid förlossningar där barnet föddes och allt var normalt var barnmorskan mest observant på eventuell blödning men hade fortsatt kontroll på barnet genom att exempelvis registrera hur barnets andning lät. Var barnet däremot medtaget

vid födelsen, det vill säga hade lägre Apgar-score än genomsnittet var barnmorskan mycket mer observant på både barnet och kvinnan.

Barnmorskan backar inte undan utan står hela tiden nära kvinnan och har god uppsikt på både kvinnan och barnet. (Observation 4)

När bebisen har kommit ut då har man ju full koll på bebisen då och ser att den är ok och så och just vid den här förlossningen, så var den lite tagen den var lite slapp och så. (Intervju 4)

Barnmorskan är förberedd för eventuella komplikationer

Flera av barnmorskorna uttryckte att genom att vara förberedd för att kunna vidta eventuella åtgärder skapades en känsla av trygghet hos dem. Att planera och ha framförhållning beskrevs vidare som en viktig egenskap under efterbördsskedet för att förhindra framförallt stora blödningar. För att ha framförhållning ansåg barnmorskorna att det var mycket viktigt att ha kunskap om kvinnans anamnes och eventuella riskfaktorer så som långdraget förlopp. Fanns riskfaktorer beskrevs även åtgärder kunna vidtas i förebyggande syfte exempelvis sätta perifer venkateter. Barnmorskorna uppgav även att de då var mer aktiva för att få ut placenta, första dosen uterotonika gavs tidigare och de inväntade inte tecken på att placenta lossnat innan de gjorde ett aktivt försök att få ut placenta.

Barnmorskan förbereder extra injektion med oxytocin. (Observation 5)

Vi barnmorskor jobbar förebyggande för blödning... för stora blödningar. Och det är det man ska ha lite, framförhållning. (Intervju 1)

Barnmorskan handlägger placentas framförande

Samtliga barnmorskor gav kvinnorna injektion med uterotonika intramuskulärt i blödningsförebyggande syfte inom några minuter från barnets födelse och utförde kontrollerad dragning i navelsträngen för att förlösa placenta. Därefter handlades efterbördsskedet på varierande sätt men ingen av barnmorskorna hade en uteslutande avvaktande eller aktiv handläggning utan använde sig av blandad handläggning. En del

barnmorskor inväntade tecken på att placenta släppt medan andra gjorde aktivt försök att få ut placenta innan tecken på avlossning setts.

Barnmorskan inväntar lösningsblödning innan hon utför kontrollerad dragning i navelsträngen. (Observation 3)

Jag observerar ifall, ifall det är nån lösningsblödning som talar om för mig att placentan är på gång, eller att patienten själv känner att nu känner jag sammandragning, nu känner jag att det är nått som, dom brukar känna nått slags obehag när den är på gång också. (Intervju 3)

Sen avnavling tillämpades vid fyra av fem observationer. Fallet av tidig avnavling beskrevs vid efterföljande intervju bero på barnmorskans oro för barnets tillstånd då barnmorskan var beredd att ta ut barnet till barnrummet.

Barnmorskorna beskrev tilltro till det naturliga förloppet och kroppens egna fysiologiska förmåga under efterbördsskedet vilket visade sig i att barnmorskorna var fortsatt avvaktande även om placentas avgång dröjde så länge inga tecken på komplikation fanns.

Alltså är det en lågrisk patient som aldrig haft nån blödning eller nått sånt tidigare, inte har nått med sig nått sånt, då, då gör inte jag då är jag inte så aktiv om den inte kommer till exempel inom 10-15 minuter, hon inte blöder, så tar jag det ganska lugnt. Ehh följer dom här stegen men inte så att jag går i panik, den brukar ändå komma. Jag tror ju på att den ska komma. (Intervju 5)

Barnmorskorna vidtog åtgärder för att främja det fysiologiska förloppet då placenta inte avgått efter femton minuter från barnets födelse.

Barnmorskan lägger värmedyna på nedre delen av kvinnans mage, tömmer urinblåsan och masserar akupunkturpunkt på fotleden. (Observation 1)

Barnmorskan anpassar sig till kvinnan och situationen

En viktig komponent under perioden från barnets födelse till dess att placenta var framfödd beskrev barnmorskorna vara betydelsen av att skapa de bästa förutsättningarna för kvinnan och barnet genom att vara följsam och motverka oro och stress.

Barnmorskan är följsam till situationen

Från att ha guidat, instruerat och uppmuntrat kvinnan under förlossningen ändrade barnmorskorna sitt sätt till att bli mer tillbakadragna under efterbördsskedet. Om de talade var rösten mer tyst och lugn i jämförelse med innan barnet var fött. Barnmorskorna uttryckte att de förändrade sitt sätt och att det var en viktig egenskap för att skapa så god omvårdnad som möjlig att vara lyhörd för kvinnan och familjen och vara följsam och anpassa sig. Vidare beskrev barnmorskorna att de anpassade sitt sätt att tala och vara utifrån hur de uppfattade kvinnan och partnern och hur samspelet och kommunikationen mellan barnmorskan och paret fungerade bäst. Barnmorskorna beskrev att vissa par önskade en barnmorska som pratade och var glad och positiv under förlossningens alla faser medan andra ville ha en det lugnt och tyst framför allt under efterbördsskedet. En av barnmorskorna uppgav att hon var helt olika på olika förlossningar.

Så då får man liksom, man är ju lite skådespelerska i det här yrket. Man får ju ställa om lite hela tiden tycker jag. Det är ju det som är roligt. Så jag är helt olika på olika förlossningar. (Intervju 2)

Barnmorskan motverkar stress och oro

Lugn och ro beskrevs vara en viktig komponent i efterbördsskedet förutom för anknytningen även för den fysiologiska processen. En av barnmorskorna menade att stress motverkar frisättningen av oxytocin vilke beskrevs vara en viktig faktor för att placenta ska släppa från uterus och att hon därför eftersträvade en lugn miljö.

För jag tänker att om hon stressar... jag tänker att jag behöver oxytocin även för att placenta ska komma ut. Och börjar jag stressa henne då, då motverkar jag det som ska hända, jag känner att hon behöver slappna av, jag vill inte vara med mina händer och klämma eller göra nånting, jag vill låta livmodern arbeta. (Intervju 3)

Ett sätt att skapa en lugn och trygg miljö beskrev barnmorskorna vara att inte visa oro oavsett hur oroliga de var. Barnmorskorna beskrev vidare att om hon utstrålade lugn och inte visade oro bidrog det till en positiv förlossningsupplevelse. Skulle barnmorskan däremot visat att hon var orolig och stressad blev kvinnan och partnern också oroliga vilket enbart medförde negativa konsekvenser. Vid en av observationerna dröjde placentas avgång, barnmorskan vidtog då åtgärder och uppvisade hela tiden lugn både genom verbal och icke-verbal kommunikation.

Barnmorskan står lugnt och stilla och informerar upprepade gånger paret med lugn röst att: "Nu väntar vi på moderkakan, det kan ta lite tid, vi tar det lugnt". "Det här blir jättebra". "Bebisen mår jättebra" (Observation 1)

Diskussion

Metoddiskussion

Kvalitativ metod är lämplig att använda när förståelse ska skapas för det fenomen som studeras (36). Eftersom syftet med studien var att beskriva barnmorskors förhållningssätt under perioden från barnets födelse till dess att moderkakan är framfödd ansågs därför kvalitativ metod vara mest lämplig. Det insamlade materialet analyserades genom kvalitativ innehållsanalys, eftersom syftet med analysmetoden är att beskriva variationer i en text

(22,41). Allt analysarbete har genomförts tillsammans. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim stärks tillförlitligheten då analysen utförs gemensamt (41). Därmed ses detta som en styrka för studien.

Då urval, datainsamling och analys beskrivits i metoden ges insikt i studiens utförande och därmed möjlighet att bedöma studiens giltighet och trovärdighet. Nogrann beskrivning av metoden underlättar bedömningen av en studies överförbarhet (41). Beskrivning av föreliggande studies tillvägagångssätt har redovisats vilket ger möjlighet att bedöma överförbarheten. Dock anses att studiens begränsade omfattning, som varit nödvändig på grund av den givna tidsramen, minska överförbarheten då det som framkommer i resultatet kanske inte är representativt för det område som studerats vilket ses som en svaghet. Önskvärt hade varit att genomföra ytterligare observationer och intervjuer på flera kliniker och med ett större antal barnmorskor, för att öka studiens giltighet och överförbarhet.

Enligt Patton möjliggör observation en mer djupgående intervju (38). Valet att göra observationer och efterföljande intervjuer ses därmed som en styrka för studien. Observationerna gav förutom en bild av barnmorskans förhållningssätt också en möjlighet att under intervjuerna få en tydligare beskrivning av barnmorskans motiv bakom sitt agerande, då hon ombads med egna ord utveckla det som observerats vilket därmed bedöms öka tillförlitligheten. Beslutet att endast en observatör var närvarande vid observationerna grundades i en önskan att så lite som möjligt störa det födande paret och barnmorskan. Samstämmighet fanns angående hur observationerna skulle genomföras. Genom att använda ett observationsprotokoll ansågs att observationerna skulle vara överensstämmande och svara mot syftet. Diskussion fördes om det skulle vara tillräckligt med endast en observation och därefter intervjua barnmorskor utan att observation genomförts. Då observationerna bedömdes vara värdefulla för studiens syfte ansågs det dock vara av stor vikt att observera samtliga deltagare. Barnmorskans förhållningssätt i samband med observationerna kan ha påverkats av att observatören närvarade och att barnmorskan hade vetskap om syftet med observationen. Faktorer som kan motväga detta är att barnmorskor är vana vid att andra barnmorskor och personal närvarar under förlossning. Observatörernas förförståelse för

barnmorskans förhållningssätt under perioden från barnets födelse till dess att moderkakan är framfödd har med stor sannolikhet påverkat det som har observerats. Användningen av ett observationsprotokoll har rimligtvis också påverkat vad som observerats och hur det har tolkats. Det ansågs dock viktigt att ha ett protokoll för att strukturera observationen och minska risken för att förbi se något i barnmorskans förhållningssätt under efterbördsskedet.

Den efterföljande intervjun genomfördes gemensamt vilket anses vara en styrka då den intervjuare som inte varit med på observationen kunde fokusera på viktiga uttalanden som var önskvärda att barnmorskan utvecklade och beskrev med egna ord för att minska risk för att antaganden gjordes. Detta anses öka studiens tillförlitlighet. Enligt Trost ger två intervjuare som är samspelta tillsammans en bättre intervju där den information som framkommer ger en större förståelse för det som studeras (40). En svaghet med studien är att observation och intervju som datainsamlingsmetod utfördes för första gången vilket kan ha resulterat i att viktiga aspekter förbisågs och att ledande frågor ställdes.

Ökad giltighet av en studie möjliggörs när variation finns vad gäller exempelvis ålder och erfarenhet hos deltagarna, samt genom att använda citat för att presentera resultatet (41). De observerade och intervjuade barnmorskorna hade olika ålder och arbetslivserfarenhet som kan öka variationen i handling och svar. Föreliggande studiens giltighet förstärks genom att citat från både observationerna och intervjuerna används för att styrka resultatet.

Sammanlagt utfördes sex observationer och fem intervjuer. En intervju uteblev då barnet på grund av sitt tillstånd efter födelsen omedelbart behövdes tas om hand av barnpersonal och togs därmed ut från rummet. Studiens syfte var att beskriva barnmorskans förhållningssätt under perioden från barnets födelse till dess att moderkakan framföds, där en aspekt var att studera hur barnmorskan främjar anknytningen. En intervju efter denna observation ansågs inte bidra till studiens resultat, därför beslutades även att observationen exkluderades.

Som studenter på barnmorskeprogrammet fanns en förförståelse för hur barnmorskor förhåller sig till efterbördsskedet. Förförståelsen har rimligtvis påverkat resultatet genom att det insamlade materialet och efterföljande analys påverkats av och tolkningar gjorts utifrån tidigare kunskap och erfarenheter. En medvetenhet fanns om förförståelsen och därför ställdes följdfrågor så att den intervjuade barnmorskan kunde beskriva med egna ord vad hon menade istället för att tolka och dra slutsatser av enbart observationen. Även under analysarbetet fanns en medvetenhet om förförståelsen och dess eventuella påverkan på resultatet. I kvalitativa studier är delaktighet ofrånkomligt då den som intervjuar och observerar är medskapare av texten och resultatet kan därmed inte ses som oberoende av forskaren (41). Genom att vara medveten om och diskutera förförståelse ges studien en ökad tillförlitlighet.

Resultatdiskussion

Studiens resultat visar att barnmorskans förhållningssätt under perioden från barnets födelse till dess att moderkakan är framfödd består av både känslomässiga och fysiska dimensioner. Tre kategorier identifierades: barnmorskan skapar utrymme för familjen, barnmorskan agerar utifrån medicinsk kunskap och barnmorskan anpassar sig till kvinnan och situationen. Barnmorskorna beaktade varierande aspekter för att ge så goda förutsättningar som möjligt för mamma och barn. Barnmorskorna främjade anknytningen och gav utrymme för föräldrarna i den stora händelsen i livet som det innebär att få barn. Barnmorskorna var observanta och förberedda att agera vid eventuella komplikationer samt hade en medvetenhet om de potentiella riskerna under efterbördsskedet.

Barnmorskan skapar utrymme för familjen

I kategorin barnmorskan skapar utrymme för familjen poängterar barnmorskorna vikten av att föräldrarna, framför allt mamman ska få kontakt med barnet, både genom hud-mot-hud men även genom att få upptäcka barnet. Forskning beskriver att hud-mot-hud direkt efter barnets födelse är positivt för anknytningen och interaktionen mellan mamma och barn (22, 23). I en amerikansk studie där effekter hos det nyfödda barnet av hud-mot hudkontakt studerades,

sågs positiva effekter på fysiologiska aspekter för barnet vad gäller att hålla temperatur och blodsockernivå (48). I föreliggande studie placerade samtliga barnmorskor barnet på mammans bröst, vilket tolkas som att medvetenhet finns om betydelsen av hud-mot-hud. Barnmorskorna beskrev att anledningen till att de lade barnet på mammans bröst vara att främja anknytningen, att föräldrarna hade rätt till att få se och känna på sitt barn samt att det var positivt för barnets omställning efter födelsen.

Enlig ICMs etiska kod ska barnmorskan ta hänsyn till kvinnans olika behov exempelvis emotionella och andliga behov (31). I föreliggande studie framkom att barnmorskorna ansåg att bli förälder var en händelse i livet som skulle visas respekt och ges utrymme. Resultatet visar därmed att barnmorskorna följer ICMs etiska kod i detta avseende. Barnmorskorna förhåller sig till den stora livshändelsen genom att låta föräldrarna och barnet få en stund för sig själva utan att barnmorskan själv tar någon plats eller stör dem. Barnets födelse beskrivs som en stor omställning för både föräldrar och barn (3). Vidare uttrycker afro-kanadensiska mammor i en kvalitativ intervju och fokusgrupps studie att föda barn är en av de största händelserna i livet, och att upplevelserna i samband med förlossning är av en andlig dimension (49). Detta bekräftas i föreliggande studie. Barnmorskorna beskrev att de upplevde att mamman och familjen behöver få andas ut och ta in det stora som har hänt, vilket de möjliggör genom att vara närvarande men på avstånd. På detta sätt uttrycker barnmorskorna att de är tillgängliga för föräldrarna om de önskar kontakt med barnmorskan samtidigt som de tar ett steg tillbaka så att familjen får det utrymme de anses vara berättigade till. Två svenska studier visar dock att kvinnor inte upplever att de får det stöd de är i behov av och att barnmorskan i större utsträckning följer klinikens riktlinjer och fokuserar på åtgärder och riskhantering (35, 50). Således skiljer sig dessa resultat från föreliggande studies resultat där barnmorskorna uttrycker att de tar hänsyn till familjens behov.

Barnmorskan agerar utifrån medicinsk kunskap

Efterbördsskedet är ett riskfyllt stadie för kvinnan, på grund av risken för blödning (12). Studiens resultat visar att barnmorskorna har stor respekt för blödning då de exempelvis uttrycker att blödning är oförutsägbart och att stor blödning kan uppkomma snabbt.

Barnmorskorna förhåller sig till detta faktum genom att ha god uppsikt över kvinnans underliv för att tidigt kunna upptäcka och göra en bedömning av blödningens storlek. Barnmorskans förhållningssätt under efterbördsskedet präglas också av ett riskmedvetet tänkande genom att de vid vård av kvinnor med riskfaktorer för blödning har ökad vaksamhet och beredskap. Barnmorskors beredskap och vaksamhet som en viktig faktor under efterbördsskedet beskrivs även i tidigare forskning både från Sverige och internationellt (4,10). Vidare beskriver barnmorskorna att riskmedvetenheten ökar med erfarenheten. Riskmedvetenheten innefattar inte bara kvinnan utan även barnet. Apgar-score är en objektiv bedömning som används för att bedöma barnet tillstånd (16). Studien visade att vara förberedd och ha framförhållning för eventuella komplikationer var av stor vikt då barnmorskorna då hade bättre kontroll och agerar fortare om exempelvis en stor blödning uppstår.

Handläggning av efterbördsskedet kan vara aktiv, avvaktande eller en blandning av de båda (6). Studiens resultat visar att alla barnmorskorna utför blandad handläggning och att deras sätt att handlägga efterbördsskedet varierar. Samtliga barnmorskor ger uterotonika intramuskulärt i nära anslutning till barnets födelse och samtliga barnmorskor utför kontrollerad dragning i navelsträngen för att förlösa placenta. Uterotonika minskar risken för blödning (5) och det rekommenderas av WHO att ges i samband med födelsen (12).

Kontrollerad dragning i navelsträngen har i en kvantitativ studie där resultatet baseras på insamlat material från fem olika länder, endast visat sig ha effekt på blödningsmängden om det utförs i kombination med administrering av uterotonika intramuskulärt (51). Således finns evidens som styrker barnmorskornas agerande i föreliggande studie. Utöver uterotonika och kontrollerad dragning i navelsträngen var handläggningen var individuell. Barnmorskor från Irland och Nya Zeeland har i en intervjustudie visat på tilltro till det naturliga förloppet (4). Barnmorskorna i föreliggande studie ansåg att om allt varit normalt under förlossningen och det inte finns några riskfaktorer för blödning, finns det ingen anledning till att känna stress eller oro när placentas avgång dröjer. I det fall under observationerna där placenta avgick 25 minuter efter barnets födelse observerades barnmorskan utföra åtgärder för att få ut placenta men uppvisade inga tecken på oro eller stress.

Forskning från olika delar av världen har visat varierande resultat avseende om aktiv eller avvaktande handläggning är mest lämpad för att minska risk för blödning (6-8). Mot bakgrund av detta var det intressant att observera barnmorskornas olika handläggning av efterbördsskedet. Bristande riktlinjer för efterbördsskedet och forskningens varierande resultat angående mest optimal handläggning för att förebygga blödning kan förmodas ge upphov till denna variation i handläggningen. Detta antagande styrks av en engelsk kvantitativ studie där både barnmorskor och obstetriker uttrycker att mer evidens behövs för att vägleda efterbördsskedet (52).

Barnmorskan anpassar sig efter kvinnan och situationen

I kategorin barnmorskan anpassar sig efter kvinnan och situationen framkommer att barnmorskorna anpassar sig både till kvinnan och till förlossningens olika stadier. Forskning visar att barnmorskor är medvetna om betydelsen av en lugn och trygg miljö för att främja den fysiologiska processen (4,7). Vidare framkommer i föreliggande studie betydelsen av att barnmorskan anpassar sig efter den kvinnan hon förlöser, vilket också är beskrivet i forskning. I en svensk kvalitativ studie av Hildingsson et.al framkommer att barnmorskan är mycket central för den födande kvinnans förlossningsupplevelse. Det framkom att barnmorskan ska tillgodose kvinnans psykologiska och känslomässiga behov, vara lyhörd och behandla kvinnan och partnern som unika individer. Vidare beskrivs att delaktighet är av stor vikt samt att barnmorskan ska vara ett stöd och få kvinnan att känna sig trygg och respekterad (53). Kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska beskriver att barnmorskan ska ge en individanpassad omvårdnad och där helheten ska vara vägledande (28). Resultatet i föreliggande studie visar således att barnmorskorna arbetar utifrån de riktlinjer och etiska värderingar som är framtagna för yrket då de har en medvetenhet om vikten av anpassning, lyhördhet och stöd. Arbetsbelastningen upplevdes under observationerna tidvis vara hög vilket orsakar tveksamhet om barnmorskorna kan tillgodose behoven av anpassning och stöd för varje födande kvinna. Hildingsson et.al styrker detta antagande då kvinnorna i studien uttrycker oro för att barnmorskan inte kan ge det stöd kvinnan är i behov av på grund av för hög arbetsbelastning (53).

Syftet med studien var att beskriva barnmorskors förhållningssätt under perioden från barnets födelse till dess att moderkakan är framfödd. Resultatet visar att barnmorskorna förhåller sig både till att främja anknytningen mellan mamma och barn och till att vara observant och förberedd på eventuella komplikationer. Barnmorskorna förhåller sig även till barnets födelse som en stor händelse för föräldrarna och anpassar sig både till kvinnan och situationen för att skapa så goda förutsättningar som möjligt. Studiens resultat belyser områden som ingår i barnmorskans verksamhetsområde som utgörs av reproduktiv och perinatal hälsa. Ytterligare forskning behövs inom området för att tydliggöra barnmorskans förhållningssätt under denna period då det är bristfälligt beskrivet i tidigare forskning.

Slutsats

Under efterbördsskedet förhåller sig barnmorskorna till olika aspekter i vården av kvinnan och barnet. Dessa aspekter vävs samman och skapar ett holistiskt förhållningssätt där målet är att tillgodose kvinnans och barnets varierande behov. Resultatet är användbart för att belysa barnmorskans vård i samband med efterbördsskedet.

Referenslista

1. Nordström L, Wiklund I. Förlossningens handläggning. I: Hagberg H, Maršál K, Westgren M. Obstetrik. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014. s. 107-22.
2. Lindgren H, Wiklund I. Fysiologi och barnmorskans handläggning. I: Lindgren H, Christensson K, Dykes A. Reproktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde. Lund: Studentlitteratur; 2016. s. 437-45.
3. Lindgren H, Rehn M, Wiklund I. Barnmorskans handläggning vid normal förlossning: forskning och erfarenhet. Lund: Studentlitteratur; 2014.
4. Begley CM, Guilliland K, Dixon L, Reilly M, Keegan C. Irish and New Zealand midwives' expertise in expectant management of the third stage of labour: the 'MEET' study. Midwifery. 2012 Dec;28(6):733-39.
5. Westhoff G, Cotter A, Tolosa J. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Oct;30(10).
6. Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Mar;2(3).
7. Fahy F, Hastie C, Bisits A, Marsh C, Smith L, Saxton A. Holistic physiological care compared with active management of the third stage of labour for women at low risk of postpartum haemorrhage: A cohort study. Women Birth. 2010 Dec;23(4):146-52.
8. Jangsten E, Mattsson L, Lyckestam I, Hellström A, Berg M. A comparison of active management and expectant management of the third stage of labour: a Swedish randomised controlled trial. BJOG. 2011 Feb;118(3):362-9.

9. Holmberg PÅ. Postpartumblödningar. I: Hagberg H, Maršál K, Westgren M. Obstetrik. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014. s. 519-28.
10. Jangsten E, Hellström A, Berg M. Management of the third stage of labour - focus group discussions with Swedish midwives. Midwifery. 2010 Dec;26(6):609-14.
11. Andersson O, Hellström-Westas L, Andersson D, Domellöf M. Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. BMJ. 2011 Nov;343(7836).
12. World Health Organisation (WHO). Recommendations for the prevention and treatment of the postpartum haemorrhage. [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2012. [cited 2016 Oct 30]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf
13. World Health Organisation (WHO). Guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2009. [cited 2016 Oct 30]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44171/1/9789241598514_eng.pdf
14. Nordström L. Medicinska komplikationer hos kvinnan. I: Lindgren H, Christensson K, Dykes A. Reproktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde. Lund: Studentlitteratur; 2016. s. 612-22.
15. Casey BM, McIntire DD, Leveno KJ. The Continuing Value of the Apgar-Score for the Assessment of Newborn Infants. N Engl J Med. 2001 Feb;344(7):467-71.
16. Olhager E. Neonatologi. I: Moëll C, Gustafsson J. Pediatrisk. Stockholm: Liber; 2011. s 109-44.

17. Ransjö-Arvidsson AB, Sjödin M, Widström AM. Föräldra-barn-interaktion, amning och stöd efter födelsen. I: Hagberg H, Maršál K, Westgren M. Obstetrik. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014. s. 577-88.
18. Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, Dahllöf A, Lintula M, Nissen E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr.* 2011 Jan;100(1):79-85.
19. Widström AM, Jonas W, Nissen E. Det nyfödda barnet, tidig mor-barn-interaktion och amning. I: Lindgren H, Christensson K, Dykes A. Reproktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde. Lund: Studentlitteratur; 2016. s. 623-52.
20. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 1, Attachment. London: Hogarth P;1982.
21. Widström AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnäs-Moberg K, Werner S, et.al. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Hum Dev.* 1990 Mar;21(3):153-63.
22. Bigelow AE, Littlejohn M, Bergman N, McDonald C. The relation between early mother-infant skin-to-skin contact and later maternal sensitivity in South African mothers of low birth weight infants. *Infant Mental Health Journal.* 2010 May;31(3):358-77.
23. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 May;16(5).
24. Risberg A. Anatomi och fysiologi. I: Lindgren H, Christensson K, Dykes A. Reproktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde. Lund: Studentlitteratur; 2016. s. 217-37.

25. Dencker A. Omvårdnad för att förebygga långsam förlossningsprogress. I: Lindgren H, Christensson K, Dykes A. Reproktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde. Lund: Studentlitteratur; 2016. s. 545-7.
26. Uvnäs-Moberg K, Handlin L, Petersson M. Self-soothing behaviors with particular reference to oxytocin release induced by non-noxious sensory stimulation. *Front Psychol.* 2015 Jan;5.
27. Matthiesen A, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E, Uvnäs-Moberg K. Postpartum Maternal Oxytocin Release by Newborns: Effects of Infant Hand Massage and Sucking. *Birth.* 2001 Mar;28(1):13-9.
28. Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006 [citerad 2016 Nov 3]. Hämtad från:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf
29. Berg M. Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I: Berg M, Lundgren I. Att stödja och stärka vårdande vid barnafödande. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010. s 29-44.
30. Merleau-Ponty M. Phenomenology of perception. London: Routledge & Kegan Paul; 1962
31. International Confederation of Midwives (ICM). International Code of Ethics for Midwives. [Internet]. Glasgow: International Confederation of Midwives; 2008 [reviewed 2014; cited 2016 Nov 3]. Available from:
http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf

32. Renfrew M, McFadden A, Bastos M, Campbell J, Channon, A, Cheung N, et.al. 2014, Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014 Sep;384(9948):1129-45.
33. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jul;7.
34. Hallgren A, Lundgren I. Förlossningsförberedelse och metoder för att hantera förlossningen. I: Berg M, Lundgren I. Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010. s. 85-116.
35. Thorstensson S, Ekström A, Lundgren I, Hertfelt Wahn E. Exploring Professional Support Offered by Midwives during Labour: An Observation and Interview Study. *Nurs Res Pract*. 2012; 2012.
36. Henricson M, Billhult A. Kvalitativ design. I: Henricson M. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 129-38
37. Malterud K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014.
38. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice. 4 ed. California: SAGE Publications; 2015.
39. Danielson E. Kvalitativ forskningsintervju. I: Vetenskapligt teori och metod från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2012. s 163-76
40. Trost J. Kvalitativa intervjuer. 4 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010.

41. Lundman B, Hällgren Graneheim U. Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär M, Höglund-Nielsen B. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 187-202.
42. Carlson E. Etnografi och deltagande observation. I: Henricson M. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2012. s 217-36.
43. Graneheim U.H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurs Educ Today. 2004 Feb;24(2):105-12
44. Danielson E. Kvalitativ innehållsanalys. I: Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2012. s 329-44
45. Kjellström S. Forskningsetik. I: Henricson M. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 69-94.
46. World Medical Association (WMA). World medical association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. [Internet]. Helsinki: World Medical Association; 1964 [reviewed 2013; cited 2016 Nov 11]. Available from:
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=%5Bpage%5D/%5BtoPage>
47. Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). [Internet]. Stockholm: Utbildningsdepartementet [citerad 2016 Nov 3]. Hämtad från:
http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

48. Walters MW, Boggs KM, Ludingtonhoe S, Price KM, Morrison B. Kangaroo care at birth for full term infants: A pilot study. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2007 Nov-Dec;32(6);375-81.
49. Bassey Etowa J. Becoming a mother: The meaning of childbirth for african-canadian women. *Contemp Nurse*. 2012 April;41(1);28-40.
50. Nilsson C. The delivery room: Is it a safe place? A hermeneutic analysis of women's negative birth experiences. *Sex Reprod Healthc*. 2014 Dec;5(4):199-204.
51. Sheldon WR, Durocher J, Winikoff B, Blum J, Trussell J. How effective are the components of active management of the third stage of labor? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Feb;13(46).
52. Farrar D, Tuffnell D, Airey R, Duley L. Care during the third stage of labour: A postal survey of UK midwives and obstetricians. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010 May;10(23).
53. Hildingsson I, Thomas JE. Women's perspectives on maternity services in Sweden: Processes, problems, and solutions. *J Midwifery Womens Health*. 2007 Mar-Apr;52(2);126-33.

Bilagor

Bilaga 1. Till Vårdenhetschefen



Till Vårdenhetschefen på Normalförlossningen xxx

Hej!

Vi heter Johanna Lindér och Emma Wilén och studerar till barnmorskor vid Göteborgs Universitet. I utbildningen ingår ett examensarbete som omfattar 15 hp. Vi är intresserade av efterbördsskedet och syftet med vårt examensarbete är att undersöka hur barnmorskor förhåller sig till stunden från barnets födelse till dess att moderkakan är framfödd. Vi önskar genomföra studien genom icke-deltagande observationer och individuella intervjuer med barnmorskor som arbetar på förlossningen. Vi önskar få tillstånd att utföra observationer och intervjuer med barnmorskor på Normalförlossningen xxx mellan den 14 och 25 november. Tanken är att följa fyra barnmorskor vid fyra olika tillfällen och närvara vid förlossning, för att observera barnmorskan och vid efterföljande intervju få fördjupad kunskap om hur barnmorskan förhåller sig till stunden från barnets födelse till dess att moderkakan är framfödd. Under observationerna kommer observatören att föra anteckningar som sedan kommer att transkriberas. Intervjun kommer att spelas in och skrivas ut ordagrant. All data kommer behandlas konfidentiellt på så sätt att någons identitet inte kommer att röjas. Efter avslutat examensarbete kommer materialet att förstöras. Jag godkänner härmed att datainsamling genomförs på Normalförlossningen xxx.

Namnteckning:

Namnförtydligande:

Ort, Datum:

Kontakta oss gärna vid eventuella frågor.

Vänliga hälsningar,

Johanna Lindér, mail: gusdalejo@student.gu.se

Emma Wilén, mail: guswileem@student.gu.se

Handledare: Elisabeth Jangsten, mail: elisabeth.jangsten@gu.se

Bilaga 2. Inbjudan till deltagande



Inbjudan till deltagande i observation och intervjustudie

Hej,

Vi heter Johanna Lindér och Emma Wilén, och studerar till barnmorskor vid Göteborgs Universitet. I utbildningen ingår ett examensarbete. Syftet med vårt arbete är att undersöka hur barnmorskor förhåller sig till stunden från barnets födelse till dess att moderkakan är framfödd. Vi önskar genomföra studien genom icke-deltagande observation samt intervju av fyra barnmorskor som arbetar på Normalförlossningen xxx mellan den 14 och 25 november. Vi kommer att följa barnmorskan under ett arbetspass och närvara vid förlossning. Under observationen kommer observatören att föra anteckningar. I anslutning till arbetspasset planeras intervjun göras i möjligaste mån. Intervjun beräknas ta max 30 minuter. Anteckningarna från observationen kommer att transkriberas och intervjun kommer att spelas in och skrivas ut ordagrant. Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Efter avslutat examensarbete kommer materialet att förstöras. Deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att ange anledning.

Namnnteckning:

Namnförtydligande:

Ort, Datum:

Vänliga hälsningar,
Johanna Lindér, mail: gusdalejo@student.gu.se
Emma Wilén, mail: guswileem@student.gu.se

Bilaga 3. Informationsbrev



Informationsbrev till deltagare

Hej,

Vi heter Johanna Lindér och Emma Wilén, och studerar till barnmorskor vid Göteborgs Universitet. I utbildningen ingår ett examensarbete. Syftet med vårt arbete är att undersöka hur barnmorskor förhåller sig till stunden från barnets födelse till dess att moderkakan är framfödd.

Vi kommer att följa er barnmorska under hennes arbetspass och önskar närvara vid ert barns födelse för att få ökade kunskaper om barnmorskans förhållningssätt.

Materialet kommer endast att användas till studiens syfte och inte lämnas vidare för användning i andra studier. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt. Du kan när som helst avbryta din medverkan utan att ange anledning.

Namnteckning:

Namnförtydligande:

Ort, Datum:

Vill du komma i kontakt med oss efter din medverkan i studien kan du kontakta oss på nedanstående uppgifter.

Vänliga hälsningar,
Johanna Lindér, mail: gusdalejo@student.gu.se
Emma Wilén, mail: guswileem@student.gu.se

Bilaga 4. Intervjuguide

Kan du berätta för mig hur du förhåller dig till stunden från det att barnet är fött till dess att moderkakan är framfödd?

Vad anser du är viktigast under denna period?

- anknytning
- miljö
- risker
- balansgång
- aktiv
- avvaktande

Tänker du på något speciellt under den här tiden?

Kan du beskriva anledningen till att du ...

Finns det någon anledning till att du ... istället för att exempelvis stå vid sidan?

Hur tror du att paret upplever att du ... ?

Du sade att ... kan du utveckla det mer?

Du säger att du ... hur upplever du det?

Ålder

Hur länge färdig BM

Hur länge arbetat inom förlossning

Bilaga 5. Observationsprotokoll

Partus:

Känner navelsträng

Känner mage

Drar i navelsträng

Oxytocin:

Placenta:

Familjen	
Aktiv hållning	
Avvaktande hållning	
Miljön	
Risker	
Anknytning	